

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922. N° 85.

ÉTUDE

sur les

Lipomes des Gaines Tendineuses

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Janvier 1922.

par

Jean-Joseph MANGÉ

Interne des Hôpitaux

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 Décembre 1888

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.	Président.
		CRUCHET . . . professeur.	
		VENOT agrégé	Juges.
		GUYOT agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE

19, Rue de Berry, 19

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922. N° 85.

ÉTUDE

sur les

Lipomes des Gaines Tendineuses

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Janvier 1922.

par

Jean-Joseph MANGÉ

Interne des Hôpitaux

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 Décembre 1888



Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur. Président.
		CRUCHET ... professeur.
		VENOT agrégé } Juges.
		GUYOT agrégé }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.
	CASSAET.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ
	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	PIQUÉ.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	AUCHÉ.
Médecine légale.....	VERGER.
Physique biologique et clinique d'élec. médicale.	BERGONIE.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale....	BEILLE.
	Pharmacie..... DUPOUY.
	Zoologie et parasitologie..... MANDOU.
	Médecine expérimentale..... FERRÉ.
	Clinique ophtalmologique..... LAGRANGE.
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .. DENUCÉ.
	Clinique gynécologique..... BÉGOUIN.
	Clinique médicale des maladies des enfants .. MOUSSOUS.
	Chimie biologique..... DENIGÈS.
	Physique pharmaceutique..... SIGALAS.
	Pathologie exotique..... LE DANTEC.
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. W. DUBREUIL.
	Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON.
	Clinique psychiatrique..... ABADIE.
	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... MOURE.
	Toxicologie..... BARTHE.

M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	N.
	N.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).
Physiologie.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)
	N.
Physique biologique et médicale...	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale.....	N.
	PETGES.
	J. CARLES.
Médecine générale.....	MAURIAC.
	LEURET.
	DUPERIE.
	Médecine générale..... CREYX.
	Maladies mentales..... MICHELEAU.
	Médecine légale..... PERRENS.
	Chirurgie générale..... LANDE.
	GUYOT.
	ROCHER.
	DUVERGEY.
	PAPIN.
	Obstétrique..... PÉRY.
	Ophtalmologie..... FAUGERE.
	Pharmacie..... TEULIÈRES.
	LABAT.
	N.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVAILLÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complém. d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Qui m'a toujours donné l'exemple du
devoir.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
pour son affection et son dévouement.*

A MA SŒUR, A MA BELLE-SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DU 34^{me} RÉG^t D'INF^{rie}

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
MONSIEUR LE DOCTEUR COÏNE

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction Publique

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur ARNOZAN,
Monsieur le Professeur DENUCÉ,
Monsieur le Professeur CASSAET,
Monsieur le Professeur BÉGOUIN,
Monsieur le Professeur VERGER,
Monsieur le Professeur agrégé VENOT,
Monsieur le Professeur agrégé DUPÉRIE,
Monsieur le Docteur BITOT,
Monsieur le Docteur BOUSQUET,
Monsieur le Docteur LACOUTURE,
Monsieur le Docteur DENIS,
Monsieur le Docteur PARCELIER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUBAT

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VENOT

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE

DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En reconnaissance de la sympathie
et de l'intérêt qu'ils m'ont toujours
témoignés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. LEFÈVRE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

En me choisissant comme assistant, vous m'avez permis d'apprécier tout ce que peuvent la science et l'habileté au service de la chirurgie. Permettez-moi d'adresser ici au Maître l'expression de toute mon admiration, et à l'ami l'assurance de ma reconnaissance et de mon affectueuse sympathie.

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon Cher Maître,

*Vous n'avez cessé, depuis le début de
mes études, de me donner en toutes
circonstances les marques de votre
sympathie. Vous y ajoutez aujourd'hui
en me faisant l'honneur d'accepter la
présidence de ma thèse.
Soyez assuré de mon inaltérable reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'opérer l'année dernière, dans le service de notre Maître M. le Professeur agrégé Venot, un lipome des synoviales tendineuses. Nous ne connaissions de cette affection que les courts chapitres qui lui sont consacrés dans les traités classiques de chirurgie. Les recherches que nous avons entreprises nous ont permis de constater qu'il n'existait sur cette affection aucun travail d'ensemble. C'est ce qui nous a décidé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Les lipomes des gaines tendineuses semblent être les plus rares parmi les tumeurs de ces organes. Le nombre des observations que nous avons pu recueillir est assez restreint. A leur lecture, nous voyons que le diagnostic en est malaisé et n'a été porté que rarement avant l'intervention. Il est donc permis de penser qu'il y a des lipomes qui, faute de traitement opératoire, n'ont pas été reconnus. D'autre part nombre d'observations parlent seulement de lipomes de la main, sans préciser davantage le siège de la lésion. Nous n'avons pas cru devoir tenir compte de telles observations.

Cette affection est connue depuis fort longtemps. La première observation que nous trouvons remonte à 1868 et fut publiée par Trélat. Dans les années qui suivent c'est surtout dans la littérature médicale allemande que nous trouvons des observations. En 1886, paraît dans la Revue de Chirurgie, un mémoire de Poulet; ce mémoire traite d'ailleurs des lipomes de la main en général et l'auteur ne s'occupe pas spécialement des rapports des tumeurs avec les gaines. Il faut venir ensuite jusqu'en 1892 pour trouver un travail assez complet, la thèse de Durant. Comme le mémoire de Poulet, elle envisage les fibromes et les lipomes de la main, sans s'occuper de leur localisation. Ce n'est qu'en 1912 que nous trouvons un travail de Finzi groupant une partie des observations publiées antérieurement et apportant un cas personnel.

D'ailleurs, la question qui n'avait au début qu'un intérêt chirurgical, surtout à une époque où la moindre intervention revêtait un caractère particulier de gravité, fut bientôt étudiée au point de vue étologique et anatomo-pathologique. Le lipome considéré au début dans sa forme limitée et classé parmi les tumeurs, fut ensuite considéré par certains auteurs comme une affection inflammatoire surtout dans la nouvelle forme décrite : le lipome arborescent.

Ici, comme pour les autres localisations des lipomes arborescents, on a conclu dans la plupart des cas à l'origine inflammatoire chronique de la lésion. Sous l'influence surtout de Poncet et de ses élèves, le cadre étiologique se retrécit et la tuberculose est considérée comme la cause principale des lipomes arborescents. Ils pensent même que le lipome tumeur n'existe pas et que tous les lipomes sont de cause inflamma-

toire. Nous verrons ce qu'il faut penser de ces différentes opinions.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer toutes les observations publiées; et parmi celles que nous avons relatées beaucoup sont incomplètes. Il en est peu en effet qui soient accompagnées d'un examen histologique complet.

Nous pensons que pour la clarté de l'étude il convient de rapporter d'abord les observations de lipomes des synoviales tendineuses et d'étudier ensuite l'affection au point de vue : étiologique et pathogénique, anatomo-pathologique-symptomatologique-thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

TRÉLAT, (*Gazette des Hôpitaux*, 1868)

Il y a quinze jours, je reçus chez moi une malade agée de 58 ans et bien portante du reste, qui me montra la paume de sa main gauche occupée par une tumeur. Celle-ci s'était développée lentement sans grande douleur, causant seulement de temps à autre de la gêne et un peu d'engourdissement dans les mouvements. La peau, normale dans sa couleur et dans sa consistance, était soulevée en bosselures arrondies, saillantes dans les éminences thénar et hypothénar, et surtout au niveau de cette dernière. La tumeur était absolument limitée à la paume de la main ; la partie inférieure de l'avant-bras n'offrait aucune trace de gonflement.

Quant on pressait l'un des lobes de la tumeur, on faisait refluer son contenu vers l'autre lobe. La fluctuation se produisait avec une incontestable netteté. Le liquide semblait se déplacer avec la plus grande facilité, et, quoiqu'on ne sentit pas de grains hordéiformes, on obtenait néanmoins une sorte de frôlement neigeux et prolongé en poussant alternativement la masse vers l'un ou l'autre de ses côtés.

En tenant compte de cet ensemble de signes et surtout de l'évidence de la fluctuation, je diagnostiquai un kyste synovial de la paume de la main, et je pris jour avec la malade pour lui pratiquer une ponction suivie d'injection iodée.

J'enfonçai un trocart dans la tumeur au niveau de la saillie interne qui était la plus considérable, et, à ma grande surprise, rien ne sortit par la canule. Je la fis manœuvrer avec facilité dans l'intérieur de la prétendue cavité ; j'introduisis un stylet dans son calibre. Rien n'y fit ; je n'obtins pas une goutte de liquide. J'avais une telle foi dans un diagnostic auquel j'avais donné toute mon attention, que je ne fus pas convaincu. Je supposais que le liquide était trop épais, ou bien que l'enveloppe kystique formait opercule à l'orifice de la canule.

Je me procurai donc un trocart plus gros et bien effilé ; et, le matin même, je renouvelai la ponction. Cette nouvelle tentative eut exactement le même résultat que la première. Evidemment je m'étais trompé, ou mieux, j'avais été trompé par une symptomatologie insidieuse. Je retirais brusquement le trocart et je réunis les deux orifices par une incision de trois centimètres parallèle à l'axe de la main. Aussitôt, une masse grasseuse fit hernie à travers les lèvres de la plaie, et des tractions légères me permirent d'entraîner, par cette ouverture peu considérable, la tumeur que je mets sous les yeux de mes collègues.

C'est un lipome bilobé, limité de tous les côtés par une enveloppe celluleuse qui a facilité son énucléation. La graisse qui le constitue est fine, délicate et peu résistante. Cette masse grasseuse adhère aux tendons fléchisseurs et était déprimée à son centre par l'aponévrose palmaire. La pression de l'aponévrose et la finesse de la graisse me semblent expliquer la fluctuation perçue dans la tumeur et je crois que le frottement rugueux était dû aux déplacements des lobules profonds sur les tendons fléchisseurs.

OBSERVATION II

WOLKMANN et RANKE - *Archives de Langenbeck*,
(Tome XX, 1876)

Berthe E..., 18 ans, entre en traitement le 29 mai 1876, à la clinique chirurgicale royale. Jusqu'à il y a trois ans, la malade était très bien portante. Dans son occupation de tail-

leuse, son doigt médius avait été exposé à beaucoup de blessures, et particulièrement la pression des ciseaux déterminait sur ce doigt une sensibilité désagréable. Elle remarqua sur celui-ci, quelques temps avant son entrée, une petite tumeur grosse comme un pois, dure et insensible. Celle-ci se trouvait sur le côté palmaire de la deuxième phalange, immédiatement au-dessous de la commissure cutanée qui la sépare de la troisième phalange. La tumeur était recouverte par une peau normale, et au début elle ne gênait pas sensiblement les mouvements du doigt. L'accroissement fut continu mais aussi très lent. La tumeur s'accrut surtout vers la paume de la main et envahit une partie de la première phalange. De temps en temps à la suite de fatigues survenaient de légères inflammations qui cédaient par le repos et des ménagements.

A l'entrée de la malade, la tumeur avait la forme d'un saucisson, elle était luisante, tendue et recouverte par une peau que l'on pouvait plisser. La consistance était molle, pâteuse, pas tout à fait fluctuante. Différentes parties ou lobes de la tumeur ne se laissaient pas sentir. Le diagnostic était hésitant entre un hygroma et un lipome.

Néanmoins, en raison de son accroissement, on dut l'extirper. On circoncrivit la tumeur par deux incisions, et on l'énucléa avec facilité.

Les tendons fléchisseurs ne furent pas complètement mis à nu, mais on les voyait, dans la profondeur de la plaie, encore recouverts par une membrane conjonctive mince, transparente. La peau fut suturée et on employa comme traitement l'immersion permanente. En 8 jours guérison complète. La mobilité du doigt ne fut en aucune façon diminuée.

La tumeur extirpée était un simple lipome à surface complètement lisse.

OBSERVATION III

WOLKMANN et RANKE - *Archives de Langenbeck*,
(Tome XX, 1876)

Femme R..., 55 ans, n'a jamais été malade et montre seulement une forte tendance à l'obésité. Depuis 6 ans elle a remarqué à la face palmaire de la phalange unguéale du pouce droit une tumeur molle, indolente, grosse comme un pois. Elle s'accrut lentement dans la direction de la paume de la main de façon à atteindre le milieu de la première phalange.

Elle a une forme allongée en boudin, insensible à la pression, et elle est recouverte par une peau normale très tendue, mais qu'on peut cependant plisser. Tumeur molle et manifestement fluctuante. On ne constate pas de lobulation et la peau ne présente pas la particularité observée ailleurs pour les lipomes sous-cutanés de donner, par la compression de la tumeur entre les doigts, la sensation de cicatrices. Les fonctions du pouce sont très notablement diminuées. Tous ces phénomènes peuvent être rattachés à un hygroma avec la plus grande ressemblance. Cependant, parmi les autres diagnostics possibles, celui de lipome était le plus plausible et l'extirpation démontra sa justesse. L'opération fut faite avec les précautions antiseptiques. Pansement de Lister. On put constater que le tendon fléchisseur du pouce après l'énucléation était couvert par une couche de tissu conjonctif transparente.

Guérison per primam. La structure de la tumeur est celle d'un lipome à surface lisse. Malgré la fluctuation apparente la présence de tissu conjonctif rendait la consistance du néoplasme assez ferme.

OBSERVATION IV

FOLLIN - *Société de Biologie*, 1882

Homme d'une cinquantaine d'années environ. Présente sur le médius, sur ses faces antérieure, externe et un peu sur la face postérieure, une tumeur molasse, un peu lobulée, mobile, du volume d'un œuf de poule environ.

Cette tumeur, sans changement de couleur de la peau, laissait entendre, lorsqu'on la comprimait fortement, une légère crépitation. Les caractères généraux de cette tumeur firent penser que c'était un lipome. L'examen anatomique a confirmé cette idée. En effet, au dessous de la peau, existait une masse lobulée de tissu cellulo-grasieux jaunâtre. Ce tissu grasieux adhérait à la face antérieure de la gaine des fléchisseurs assez fortement pour qu'il fut impossible d'enlever le lipome sans ouvrir cette gaine. A la partie postérieure du doigt, l'adhérence était moins considérable.

OBSERVATION V

ROBERT - *Annales de Thérapeutique médicale
et chirurgicale*, 1884

Un jeune homme, garçon boucher, âgé de 27 ans, robuste, bien portant, présente une tumeur de la pomme de la main droite, précisément vers le bord cubital, présentant les caractères suivants : volume d'une demi-orange, longueur neuf centimètres, largeur sept centimètres ; forme pyramidale ou plutôt cordiforme ; s'étend depuis deux travers de doigt au-dessous de l'éminence hypothénar jusqu'au milieu de la face palmaire du petit doigt, et en largeur, depuis le bord cubital de la main jusqu'au niveau du médius ; sans changement de couleur de la peau qui est seulement amincie et distendue, ayant conservé les traces des sillons palmaires ; molle et élastique au toucher ; présente une sorte de crépitation ou de frottement quand on la presse, ce qui rappelle les kystes séreux remplis de corpuscules hordéiformes ; pas de transparence. Elle paraît sous cutanée, placée au devant des tendons palmaires ; le petit doigt est légèrement fléchi ; sa forme est trilobée ; les lobes sont séparés par des sillons assez sensibles. Les commémoratifs ont appris que la tumeur s'était développée sans cause connue à l'âge de 12 ans, par une petite tumeur du volume d'un noyau de cerise, au-dessous de l'éminence hypothénar. Pendant de longues années, elle était restée

stationnaire ou n'avait fait que des progrès peu sensibles; mais il y a deux ou trois ans elle commença à augmenter et arriva rapidement à un volume considérable : une douleur s'adjoignit au côté interne de l'avant-bras sur tout son bord cubital. Cette douleur augmentait quand le patient voulait saisir et surtout serrer un corps dans la main. Au reste, elle était habituellement indolente, mais son volume était régulièrement progressif.

Le caractère de la tumeur n'a pu être précisé avant l'opération. En effet, nous avions affaire à une tumeur dont le début remontait à 10 ans et qui jusqu'à ces derniers temps s'était développée très lentement. Cette circonstance était bien faite pour éloigner l'idée d'une tumeur maligne. Dans sa partie la plus saillante et la plus sous-cutanée, la sensation de fluctuation était si nette, que l'on pourrait admettre l'existence d'une poche pleine de liquide. Toutefois pour m'en assurer je pratiquais une ponction et n'obtins qu'un écoulement de sang pur. Je pensais avoir alors affaire à un encéphaloïde ramolli. J'y étais d'autant plus autorisé que le père de ce malade était mort il y a 20 ans d'un cancer de la main qui s'était généralisé. Je me préparais donc à enlever la tumeur après avoir prévenu le malade que je lui ferais peut-être l'amputation de de la main, si au cours de l'opération je trouvais la tumeur confondue avec les os du métacarpe. Grande fut ma satisfaction lorsque je reconnus qu'elle pouvait être enlevée, qu'en aucun point elle n'adhérait au tissu osseux et qu'elle était composée de tissu fibreux. La grande gaine des fléchisseurs fut largement ouverte. La plaie n'a donné lieu à aucun incident. Les doigts ont conservé l'intégrité de leurs mouvements.

La tumeur se compose de deux lipomes emboîtés l'un dans l'autre. La portion inférieure ou basique et qu'on pourrait appeler emboitante, est plate, offre une grande gouttière dans son milieu et pourrait être comparée à un demi-gros œuf bouilli dont on aurait enlevé le jaune; l'autre portion est parfaitement distincte, a la forme d'un petit cylindre analogue à un pis de vache et est enchassé dans la gouttière mitoyenne de la tumeur précédente et dans une direction parallèle au

bord cubital de la main. La seconde portion était tout à fait mobile et libre dans la gouttière, de sorte que quand on serrait la première par les deux côtés opposés de la base, la partie emboîtée s'échappait en haut, et produisait une sorte de bruit analogue à celui qu'on détermine en comprimant fortement et par secousses les parois thoraciques d'un petit oiseau mort. En outre, la portion centrale qui s'échappait ainsi, venait heurter les doigts posés sur la peau et donnait la double sensation de fluctuation et de crépitation qu'on reconnaît à certains kystes du poignet.

OBSERVATION VI

HAUMANN - *Dissertation* - Bonn 1887

Tonnellier de 27 ans, présentant une tuméfaction du dos de la main, des deux côtés. Lipome arborescent des gaines de l'extenseur commun des doigts des deux mains. La tumeur débute à la racine de la main et va jusqu'au milieu des 3^e et 4^e métacarpiens. Tumeur molle, élastique, fluctuante.

Le diagnostic préopératoire était celui d'hygroma. A l'opération on trouve un lipome arborescent développé aux dépens du feuillet pariétal de la synoviale tendineuse. Par endroit, les tendons sont filiformes; ailleurs ils sont normaux.

OBSERVATION VII

EDG. KURZ - *Centralblatt für Chirurgie*, 1888

Femme de 28 ans, présentant au milieu du dos de la main une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, nettement limitée, obscurément fluctuante, suivant en partie les mouvements de l'extenseur du médius. Le diagnostic porté fut celui d'hygroma. Une ponction faite au niveau de la tumeur ramène une petite quantité de liquide jaunâtre. La malade refuse toute autre intervention. Trois mois après elle se présenta de nouveau. La tumeur, très augmentée de volume, occupait la majeure partie

du dos de la main ; elle suivait les gaines des 2^e, 3^e et 4^e doigts, et remontait au premier tiers de l'avant-bras. La tumeur était molle, élastique, légèrement fluctuante et indolente à la pression ; mais elle déterminait des douleurs spontanées assez vives et une gêne notable des mouvements. Pas de crépitation ; pas d'ulcération de la peau. Le diagnostic était incertain. A l'opération on constata qu'il s'agissait d'un lipome arborescent. L'extirpation fut assez difficile, car les pelotons adipeux adhéraient non seulement au feuillet pariétal mais encore au feuillet viscéral de la gaine.

OBSERVATION VIII

HÖCKEL - *Centralblatt für Chirurgie*, 1888

Meunier de 21 ans. Depuis 3 ans présente des douleurs qui ont débuté au niveau de l'index gauche et se sont étendues ensuite aux autres doigts de la même main. En même temps il constate un gonflement qui varie d'intensité. Lorsqu'il plie les doigts il entend un crépitement. Amélioration au repos ; aggravation par le travail.

On constate, sur la première phalange des 3^e et 5^e doigts gauches et sur la face palmaire, un gonflement dur, sans lésions de la peau. Lors des mouvements de ces doigts, on sent une crépitation semblable à celle que donnent les grains riziformes. On perçoit une crépitation semblable au niveau du tendon du long extenseur du pouce gauche et au niveau des 4^e et 5^e doigts de la main droite. Mais la motilité de la main droite est intacte. La main gauche est sans force. L'examen électrique montre que les muscles sont normaux. Diagnostic : synovite à grains riziformes.

Opération. Incision de la gaine du long extenseur du pouce ; il s'écoule un liquide jaunâtre comme du miel. La gaine et le tendon sont recouverts d'une grande quantité de petites masses sphériques ou pédiculées. Ces néo-formations remontent dans la gaine jusqu'à la racine de la main. Un

mois après même opération pour les gaines des 3^e et 5^e doigts gauches. La guérison fut complète.

Histologiquement il s'agit d'un lipome arborescent.

OBSERVATION IX

SPRENGEL - *Centralblatt für Ghirurgie*, 1888

Fille de 10 ans. Père mort par suicide : mère morte de tuberculose. A eu la fièvre typhoïde et depuis deux ans souffre de rhumatisme chronique de plusieurs articulations. En même temps sont apparues au niveau des deux cou-de-pied des tvméfactions d'abord très limitées, augmentant de volume, mais qui depuis six mois ont subi un accroissement rapide. Les mouvements, douloureux au début sont devenus impossibles.

Ces tuméfactions correspondent aux gaines des péroniers et de l'extenseur commun des orteils ; elles sont allongées, indolores, sans crépitation, sans fluctuation. Diminution des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne.

Diagnostic : hygroma.

Opération. — Incision des gaines péronières. On trouve des gaines minces, tendues, élargies mais normales. A l'ouverture on trouve un lipome allant vers le haut jusqu'au muscle court péronier, en bas jusqu'à l'attache du même muscle à la tubérosité du 5^e métatarsien. Il ne suit pas le long péronier. Il est adhérent aux gaines. Les tendons ne sont pas modifiés. Pas d'adhérences avec le feuillet pariétal de la gaine. Extirpation facile.

Cinq jours après même opération au niveau de la gaine de l'extenseur des orteils. On constate les mêmes lésions.
Guérison.

OBSERVATION X

TWYNAM - *British Medical Journal*, 1889

F. S....., âgé de 60 ans, admis le 11 octobre 1888. Était venu de son pays pour se faire opérer d'une tumeur placée à la face palmaire de la main gauche,

Il y a deux ans et demi le malade avait vu apparaître une petite tumeur au milieu de la main d'abord, puis elle avait envahi les régions voisines.

La plus grande partie de la face palmaire, l'espace compris entre le pouce et l'index, entre celui-ci et le médius, est occupé par une tumeur large, aplatie, présentant une semi-fluctuation et déformant beaucoup la face palmaire de la main. Elle occasionnait une séparation anormale entre le premier et le deuxième doigts.

Cette tumeur était divisée en trois lobes bien distincts par un sillon vertical et un autre transversal bien marqués. Ces deux sillons correspondaient à peu près à ceux que l'on peut observer normalement dans cette région.

De l'évolution et de l'aspect de cette tumeur, qui avait d'abord été prise pour un amas ganglionnaire, il ressort que l'on a affaire à un lipome.

Le malade subit l'opération. Après incision de la peau, cette tumeur fut disséquée avec soin et énuclée. Elle était en connexion avec les tendons fléchisseurs des doigts. Le patient se rétablit vite et une légère déformation de la main fut la seule conséquence de l'intervention.

OBSERVATION XI

SENDER - *Centralblatt für Chirurgie*, 1891

Jeune fille de 14 ans, peu développée, présente depuis un an et demi une tuméfaction du dos de la main gauche, grossissant lentement. Tumeur pseudo-fluctuante allant en haut, jusqu'au ligament transverse du carpe, se divisant vers le bas en trois branches, empiétant chacune de deux centimètres sur les phalanges des 2^e, 3^e et 4^e doigts.

A l'opération après l'ouverture des gaines il s'écoule un peu de liquide. Puis on trouve une tumeur rouge jaunâtre constituée par d'innombrables lobules graisseux. Les tendons vers le bas sont entourés de la tumeur qui leur adhère; on ne reconnaît plus de méso-tendons. *Guérison*.

Morte de tuberculose trois mois après.

OBSERVATION XII

DUBAR, de Lille, 1891 - cité par *Durant*

V.... Léontine, ménagère, âgée de 42 ans, entre le 17 août 1891 à l'hôpital de la Charité, de Lille, pour se faire enlever une tumeur de l'index de la main gauche qui la gêne pour travailler. Cette tumeur a débuté il y a 8 ans sans cause connue, par la face palmaire de la première phalange. Pas de coup, ni de blessure antérieurs. La malade crut au début à une piqure d'insecte qui aurait déterminé un léger gonflement. La tumeur s'accrut lentement et progressivement, gagnant les côtés et un peu la face dorsale de la première phalange, puis empiétant sur la seconde, et enfin s'étendant à la commissure intermédiaire à l'index et au médium. Cette dernière extension est, au dire de la malade, la cause principale de la gêne éprouvée dans les mouvements des doigts et la raison qui lui fait désirer l'ablation de sa tumeur. Celle-ci est toujours restée complètement indolente.

Lorsqu'on examine la main gauche on constate que l'index porte, sur la première et la moitié supérieure de la deuxième phalange, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, principalement saillante en avant et du côté du médius. Le doigt paraît la traverser car la tumeur s'est étendue également en dehors et un peu du côté dorsal. En haut elle s'arrête au pli digito-palmar et n'empiète pas sur la paume de la main. Le doigt étant dans l'extension, on peut faire exécuter à la tumeur quelques mouvements dans le sens vertical; elle n'est donc pas adhérente aux os. La peau a sa coloration normale; elle est tendue, mais non adhérente à la tumeur. Celle-ci est lisse avec quelques larges bosselures surtout accusées sur les parties latérales; d'une consistance molle dans toute son étendue, sans aucun point d'induration. Elle paraît être le siège d'une fluctuation très marquée. Des pressions répétées n'y révèlent pas de crépitation.

Ces différents caractères font songer tout d'abord à une collection liquide non inflammatoire, à un kyste synovial de

la gaine des fléchisseurs. Toutefois le volume de la tumeur, sa large expansion sur les côtés du doigt, l'intégrité complète des mouvements de flexion et d'extension, nous engagent déjà à faire quelques réserves. D'autre part en relisant la relation publiée des faits de lipomes des doigts, nous relevons entre eux et notre cas de telles analogies, que nous finissons par incliner vers ce dernier diagnostic.

La malade est opérée le 24 août. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on arrive sur une mince membrane fibreuse qui laisse voir à travers elle un tissu jaunâtre. Il s'agit d'un lipome lobulé et encapsulé. Il est enucléé en totalité sans difficultés. Nous ne rencontrons quelques adhérences qu'au niveau de la gaine des fléchisseurs dont il faut séparer le lipome par dissection.

La tumeur enlevée a le volume d'un œuf de poule. Elle est formée histiologiquement par du tissu graisseux et très peu de tissu conjonctif.

Guérison complète per primam. Conservation de l'intégrité des mouvements.

OBSERVATION XIII

KUMMER - *Revue Médicale de la Suisse romane*, 1894

Il s'agit d'un malade atteint aux deux mains d'un lipome arborescent des gaines des extenseurs communs, des extenseurs propres de l'index et du petit doigt. L'auteur rejette la théorie néoplastique et accepte celle d'une inflammation chronique non spécifique.

OBSERVATION XIV

TIRCHOW - *Chirur. Laitop, Moscou* 1895

Homme de 24 ans, atteint d'un lipome des gaines des extenseurs remontant au-dessus du poignet. Cette tumeur présentait la caractéristique d'augmenter de volume pendant les périodes d'humidité. Pour cette raison l'auteur pense que la lésion est d'origine rhumatismale.

OBSERVATION XV

PANCRIPTIUS - *Thèse de Marburg*, 1897

Il s'agit d'un malade porteur de lipomes multiples. Au niveau de la main gauche on trouve un lipome de la gaine de l'extenseur de l'index et de la gaine des fléchisseurs. Il présente encore un lipome de la synoviale articulaire du coude gauche, de l'épaule droite et au niveau des deux cou-de pieds. Dans ce cas l'auteur émet l'hypothèse d'une inflammation.

OBSERVATION XVI

PANCRIPTIUS - *Thèse de Marburg*, 1897

Ce malade était atteint de lipome circonscrit de la gaine des péroniers latéraux des deux côtés. L'opération fut facile et suivie de guérison complète. Dans ce cas l'auteur admet comme cause des lipomes une irritation chronique.

OBSERVATION XVII

WILLY MEYER - *New-York surgical society* - Février 1897

Willy Meyer a présenté une femme de 48 ans sur laquelle il avait opéré en 1892, enlevant les gaines tendineuses des tendons extenseurs des deux avant-bras, pour lesquels à ce moment on pensait à une dégénérescence tuberculeuse. Il s'agissait de masses lipomateuses. A l'époque de l'opération, le gonflement, le long des tendons de l'avant-bras gauche progressait depuis 14 ans, sur l'avant-bras droit depuis 11 ans. Les fonctions étaient remarquablement entravées ; la flexion des deuxième et troisième doigts des deux mains était impossible. Il existait de l'adénite cervicale et des traces d'anciennes adénites tuberculeuses. Il y avait aussi de l'arthrite sèche.

A l'opération on dut exciser les gaines tendineuses en enlevant la tumeur. L'aponévrose et la peau furent suturées au-dessus des tendons. La plaie guérit normalement.

Les fonctions des mains et des doigts se rétablirent au bout de quelque temps et en 1894 la malade était tout à fait apte à accomplir son travail.

Le cas montre que l'opération était aussi indiquée en cas de lipome que de tuberculose.

OBSERVATION XVIII

CASSANELLO - *Clinique Moderne de Pise*, 1900

Femme de 30 ans atteinte de tumeurs symétriques bi-latérales occupant les gaines des tendons des extenseurs communs et remontant jusqu'à l'avant-bras. L'opération permet de constater qu'il s'agit de lipomes arborescents qui sont facilement extirpés. A l'examen histologique on trouve du tissu graisseux entremêlé de tissu conjonctif, et des petites cellules périvasculaires. Pour Cassanello cette tumeur est d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION XIX

MICHAÏLOW - *cité par Finzi*, 1901

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint d'un lipome de la gaine des radiaux. L'origine, d'après lui, doit être attribuée à la tuberculose.

OBSERVATION XX

LAMBRET - *Bulletin de la Société Centrale de Médecine du Nord*
(Lille, 1902)

Garçon de 8 ans amené pour tumeur du dos de la main droite. Cette tumeur, située sur le trajet des tendons de l'extenseur commun, fait corps avec les tendons et est allongée parallèlement à leur direction; elle occupe toute la moitié du dos interne de la main correspondant aux extenseurs des trois derniers doigts. Elle est apparue à l'âge de deux ans et a toujours grossi insensiblement depuis cette époque, sans

provoquer aucune douleur; mais depuis quelques temps elle est devenue une cause de gêne des mouvements d'extension des doigts. Peau saine et mobile. On provoque facilement de la fluctuation dans tous les sens; il n'y a pas de crépitation.

L'enfant est bien portant. Il n'y a aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel. Néanmoins, je fais le diagnostic de kyste synovial à grains riziformes probable et propose l'ablation.

L'intervention montre qu'il n'y a pas de trace de liquide, mais que la tumeur est formée par un lipome diffus, arborescent de la gaine synoviale de l'extenseur commun.

L'incision faite, on se trouve en présence d'une masse grasseuse dans laquelle sont perdus les tendons extenseurs, et il est nécessaire de morceler, d'enlever par parcelles les lobules gras pour arriver jusqu'aux tendons sans les sectionner. Les tendons extenseurs des trois derniers doigts étant découverts, leurs faces dorsales, puis leurs faces palmaires, sont successivement sculptées et débarrassées de leur revêtement de végétations grasses; la synoviale doublée des mêmes végétations est enlevée à son tour dans ses parties accessibles.

Fermeture de la plaie aux agrafes de Michel. Pansement compressif. Guérison per primam à la suite de laquelle on note pendant quelques jours une certaine impotence des tendons, combattue efficacement par le massage et les mouvements actifs et passifs.

L'examen histologique montre une tumeur identique aux lipomes arborescents des synoviales articulaires. Il pense qu'il faut en chercher l'origine dans une inflammation chronique probablement tuberculeuse.

OBSERVATION XXI

GIACOMELLI - *Clinique Moderne de Pise*, 1903.

Garçon de 11 ans, atteint d'un lipome de la gaine de l'extenseur propre de l'index de la main droite, en communication avec l'articulation radio-carpienne. Histologiquement, il

s'agit d'un lipome arborescent pour lequel l'auteur admet l'origine inflammatoire chronique tuberculeuse.

OBSERVATION XXII

CHASTENET DE GÉRY ET MACHEFER. - *Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Nantes*, Mars 1910.

J...., originaire des Côtes-du-Nord, 55 ans, manœuvre. Est entré à l'Hôtel-Dieu, le 19 janvier 1910, pour des contusions lombaires. Il en est sorti le 12 février.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire, sa mère de choléra. Une de ses sœurs est morte en couches, un de ses frères d'accident à 27 ans. Il a encore un frère et une sœur vivants. Sa femme a succombé il y a deux ans à une maladie qu'il appelle abcès intérieur. Il n'a pas eu d'enfants.

Les antécédents personnels ne sont intéressants qu'au double point de vue de la tuberculose et de l'alcoolisme. Il a eu maintes bronchites et prétend avoir, en somme, toujours plus ou moins toussé. Il a eu en outre de légères hémoptysies à plusieurs reprises. Quant aux excès alcooliques, il avoue comme ration quotidienne quatre litres de vin.

Comme je l'examinai à son entrée dans le service pour déterminer l'effet du trauma dont il se plaignait, je découvrais sans peine les lésions que présentaient ses poignets au niveau de leur face dorsale. Interrogé à ce point de vue, il me raconta que ces petites tumeurs existaient depuis six ans environ. Celle du côté droit avait fait son apparition environ 15 jours avant celle du côté gauche. Puis elles avaient grossi progressivement toutes les deux, de manière à atteindre en un mois le volume qu'elles ont aujourd'hui. Pendant ces six années il ne se souvenait pas qu'elles eussent changé d'aspect et qu'elles l'eussent vraiment fait souffrir. A peine s'il avait ressenti une légère fatigue au niveau de ses poignets, un peu plus gros que de coutume à la fin des longues journées de travail.

Voici les caractères que présentent les tumeurs. De chaque côté, à la face dorsale du poignet, un peu au-dessous de l'interligne radio-carpien, au niveau du carpe, empiétant un peu sur le métacarpe, on reconnaît une petite masse vaguement arrondie, large de 3 à 4 centimètres, molle mais non fluctuante, à consistance lipomateuse, légèrement irrégulière, irréductible, non crépitante et complètement indolore. Cette tumeur est indépendante de la peau qui glisse sur elle, mais fait corps avec les tendons de l'extenseur commun des doigts. Cette adhérence étroite avec les tendons est facile à mettre en évidence : quand on commande au malade d'étendre fortement les doigts la tumeur exécute un petit mouvement de retrait vers l'avant-bras et se ramasse pour ainsi dire sur elle-même ; puis la légère mobilité qu'elle possédait dans la flexion de la main disparaît. Elle est rigoureusement fixée dans sa position par la tension des tendons extenseurs et sa consistance devient plus ferme.

Il n'y a que de légères différences entre les deux tumeurs ; c'est ainsi que la gauche est un peu plus volumineuse et qu'elle semble assez nettement divisible en deux lobes.

Mais le poignet droit possède d'autre part une petite tumeur supplémentaire, de même nature que les précédentes, située au-dessous de l'extrémité inférieure du cubital postérieur près de son insertion. Cette tumeur, malgré son analogie avec les masses principales, présente quelques caractères particuliers. Elle est notablement plus dure ; elle est bilobée ; elle est très peu mobile ; et surtout elle est le siège, quand on la palpe d'une crépitation très fine.

Examen des viscères. — Le poumon gauche paraît normal. Le poumon droit présente des lésions de tuberculose au second degré. Les crachats contiennent des bacilles de Koch. Artério-sclérose avancée. Le foie est un peu gros et douloureux. La rate est percutable. Les urines contiennent une forte proportion d'albumine.

L'examen des tumeurs m'a conduit à penser qu'il s'agit de lipomes et non de synovites banales à cause des signes très caractéristiques. Ponction négative, pas d'opération.

OBSERVATION XXIII

FINZI - *Il Policlinico* (sezione chirurgica) 1912

Homme de 22 ans, pas d'antécédents syphilitiques. Présente depuis un an une petite tuméfaction à la face dorsale de la main gauche ; 7 mois après apparaît une tuméfaction semblable à la main droite.

A droite la tumeur est trilobée ; un lobe est situé au niveau de l'extrémité inférieure du radius ; le second au niveau du carpe ; le troisième au niveau des métacarpiens de l'index, du médius et de l'annulaire.

A gauche la tumeur est bilobée ; le premier lobe répond à la région radio-carpienne, le second à l'extrémité proximale des métacarpiens.

Diagnostic. — Synovite tendineuse.

Diagnostic opératoire. — Synovite papillaire syphilitique. On n'opère qu'un côté. Puis pendant 70 jours le malade subit un traitement spécifique intense. Disparition de la tumeur non opérée.

Examen histologique. — Tumeur lobulée aréolaire avec capsule conjonctive très vasculaire, par places angiomateuses avec aspect de panartérite. Ailleurs tissu infiltré de petites cellules à noyaux très colorés. Dans d'autres places, tissu fibreux ou finement fibrillaire. Sur quelques coupes on voit des cellules géantes. Pas de dégénérescence. Ni spirochètes, ni bacilles de Koch.

OBSERVATION XXIV

Personnelle - (Inédite)

Philomène G..., 38 ans, ménagère. Entre à l'hôpital pour une petite tumeur qui siège à la face palmaire de la main droite.

Il y a 3 ans la malade ressentit un peu de gêne dans le fonctionnement de l'annulaire et de l'auriculaire droits. Environ un an après, la malade constate la présence d'une petite

tumeur au-dessous de l'éminence hypothénar, au niveau du quatrième espace interdigital. Bientôt, la malade éprouve au niveau des deux derniers doigts de la main droite un peu d'engourdissement, surtout marqué au réveil. Elle ne souffre pas, mais la flexion des doigts est gênée. La tumeur grossit lentement et devant la gêne qu'elle entraîne, la malade se décide à se faire opérer.

Dans les antécédents héréditaires, personnels ou familiaux de la malade on ne trouve rien qui soit à retenir, notamment au point de vue tuberculose ou syphilis. Pas de traumatisme au niveau du siège de la tumeur.

A l'examen de la malade on trouve, au niveau de la paume de la main droite et sur son côté cubital, une tuméfaction peu accusée allant de la racine de l'annulaire et de l'auriculaire à l'éminence hypothénar. La peau ne présente aucune altération et n'adhère pas à la tumeur. La tumeur a son grand axe dirigé parallèlement à celui de la main; elle est de consistance ferme, partout égale; légèrement mobile transversalement; absolument indolore à la pression. Lorsqu'on fait fléchir les doigts, la tumeur est un peu attirée en haut, et diminue ainsi de longueur; en même temps elle est moins facilement perceptible et semble augmenter de consistance. Les mouvements des doigts sont normaux et indolores; la flexion seule est un peu gênée. Mais c'est surtout lorsque la malade tient un objet dans la main qu'elle éprouve une difficulté pour serrer cet objet; elle ressent en outre à la fin de la journée un peu de douleur.

Par ailleurs on ne relève rien d'anormal, pas plus au niveau du membre supérieur droit que sur les autres parties du corps, ni à l'examen des divers organes.

En présence de ces symptômes, on porta le diagnostic de tumeur des tendons fléchisseurs des deux derniers doigts, mais sans oser en préciser davantage la nature.

A l'intervention, on trouve que la gaine cubito-palmaire renferme les tendons fléchisseurs de l'annulaire et de l'auriculaire. Cette gaine est augmentée de volume. Il faut l'inciser pour arriver sur la tumeur qui présente tous les caractères

d'un lipome. Ce lipome adhérait non seulement à la synoviale mais encore aux tendons des fléchisseurs superficiels des deux doigts. L'extirpation fut facile. Suture de la gaine. Suture de la peau. *Guérison per primam*. Conservation complète des des mouvements des doigts.

La tumeur enlevée est lisse, régulière sur sa face palmaire. Sur sa face tendineuse elle présente trois sillons : un interne ou passait le fléchisseur superficiel de l'auriculaire, un moyen pour le fléchisseur superficiel de l'annulaire, un externe situé juste sur le bord postéro-externe du lipome et ou était logé le tendon du fléchisseur profond de l'annulaire, dégagé du tendon superficiel qui s'était notablement rapproché de celui de l'auriculaire. De l'extrémité antérieure de la tumeur se détachaient



FIGURE 1

Lipome de la gaine des fléchisseurs de l'annulaire et de l'auriculaire de la main droite (Obs. XXIV).

deux prolongements l'un se dirigeant vers le quatrième espace interdigital, l'autre vers la racine de l'annulaire. Ce lipome offrait à peu près le volume d'une noix aplatie et mesurait en longueur 5 centimètres; sa plus grande largeur était de trois centimètres et demi. (*figure 1*).

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lipome pur avec très peu de tissu de soutènement et une vascularisation cependant assez marquée. Il y a des faisceaux nerveux emprisonnés, à proximité des vaisseaux, dans un tissu conjonctif assez dense. Ces nerfs sont un peu déformés. Il y a pas mal de tissu élastique à grosses fibres; très peu d'éléments cellulaires. Pas de phénomènes inflammatoires d'infiltration.

ÉTIOLOGIE

Les lipomes des gaines tendineuses se présentent sous deux aspects différents : le lipome circonscrit ; le lipome arborescent. Ils sont, soit extravaginaux, soit intravaginaux. Cependant les lipomes arborescents sont rarement intravaginaux.

Les différents facteurs tels que l'âge, le sexe, les professions, ne semblent pas avoir une grande influence.

Les hommes semblent être atteints un peu plus fréquemment que les femmes. Dans la plupart des observations, il s'agit de sujets adultes. Cependant on a vu l'affection se développer chez des enfants de 10 et 11 ans ; dans d'autres cas elle ne s'est manifestée qu'à un âge avancé, 58 ans et même 60 ans.

La question du siège est plus intéressante. Les lipomes se développent avec une prédilection marquée au niveau des mains. En effet, nous trouvons 17 cas au niveau de la main, 4 aux doigts, 1 à l'avant-bras et deux seulement aux membres inférieurs. De plus, les localisations sont plus fréquentes au niveau de la face dorsale de la main, qu'à la face palmaire. Enfin, la main gauche et la main droite sont atteintes dans des proportions identiques.

Peut-on tirer de cette prédilection pour la main quelque argument étiologique ? Certains auteurs font jouer au traumatisme un rôle important. C'est ainsi qu'on parlait autrefois de lipomes professionnels : lipomes de la nuque chez les forts de la Halle ; les lipomes du creux sus-claviculaire chez les meuniers. Or, les mains sont fréquemment exposées aux traumatismes et ce facteur est parfois invoqué dans les observations que nous avons relatées. Il en est ainsi dans le cas de Ranke (*obs. II*), où la cause est attribuée à l'usage

des ciseaux que la malade maniait constamment dans son métier de tailleuse. Le fait que les malades exercent des profession manuelles (manœuvre, tonnelier, boucher) permet d'accorder à cette hypothèse une certaine valeur. Mais jamais on ne trouve à l'origine de l'affection la notion nette d'un traumatisme ; il ne peut être question que de pressions continuelles créant un état d'irritation constant. Et si, cette opinion est acceptable pour la face palmaire, elle est plus difficilement applicable à la face dorsale.

Par conséquent, ici comme partout ailleurs, en matière de tumeur ou d'inflammation, le traumatisme ne saurait être invoqué comme cause efficiente. Son rôle se borne à celui de cause adjuvante.

Nous manquons en somme de données pour établir l'étiologie des lipomes des gaines tendineuses. C'est d'ailleurs, ce qui se passe pour les lipomes en général, quelque soit leur localisation.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des lipomes des gaines tendineuses est entourée de difficultés, comme celle de toutes les tumeurs. Ces difficultés augmentent encore du fait des deux aspects différents sous lesquels se présentent les lésions.

Des théories nombreuses ont été données. Sans vouloir les étudier en détail, nous pensons utile de les rappeler ici. Il nous faut les envisager à un point de vue général, car les lipomes des gaines tendineuses offrent avec les autres localisations de l'affection des caractères d'identité absolue, et la rareté des lipomes des gaines tendineuses n'a pas permis d'en faire une étude complète.

La première théorie défendue par Verneuil, invoque le rôle de l'arthritisme. D'après Krohn l'hérédité aurait une grosse importance.

Broca, Cruveilheir, frappés par la fréquente multiplicité des lipomes parlent de dyscrasie lipomateuse, terme vague qui n'explique rien.

On vit naître ensuite les théories glandulaires. Pour Madelung et Hutchinson, c'est l'hyper ou l'hypofonctionnement des glandes à sécrétion interne et surtout de la thyroïde qui est en cause. Les faits n'ont pas confirmé cette hypothèse. Avec Grosch, c'est une insuffisance sécrétoire des glandes cutanées, normalement chargées d'éliminer une partie des graisses cutanées. Cette insuffisance existe-t-elle? Il est impossible de le prouver et la théorie de Grosch n'est qu'une simple vue de l'esprit.

La disposition symétrique de certains lipomes, fit penser à Mathieu et Bucquoy, que cette affection était sous la dépendance de lésions nerveuses. Bouju défendit cette opinion dans sa thèse.

Aucun fait précis n'est venu à l'appui de cette théorie et la co-existence d'affections nerveuses diverses n'est pas une preuve suffisante.

La théorie ganglionnaire, soutenue par Launois et Bensaude, parut plus séduisante. Elle s'appuie sur la formation d'amas adipeux autour de ganglions chroniquement enflammés. Mais, outre que les lipomes se développent souvent en des points dépourvus de ganglions, il y avait confusion entre le lipome et l'adeno-lipome, qui n'est qu'un phénomène banal analogue à celui qui se produit autour de tous les foyers chroniquement enflammés.

Nous ne ferons que signaler la théorie embryonnaire. Si elle paraît vraie pour les lipomes glandulaires et périglandulaires, elle ne saurait être admise ici.

Lannelongue et Sénac émirent la théorie de l'angiome dégénéré. Elle convient à certains lipomes dans lesquels on a constaté une riche vascularisation. Schwartz et Chévrier la considérèrent comme possible dans les lipomes ostéopériostiques. Elle ne peut s'appliquer à tous les cas.

D'autres faits devaient attirer l'attention. On savait qu'autour des organes chroniquement enflammés se développent des masses fibro-adipeuses. C'est ce qui se passe dans les rectites chroniques; dans les inflammations subaiguës et chroniques des reins, des urètres, de la vessie; autour des articulations chez les rhumatisants. C'est ce que Launois et Bensaude avaient signalé autour des ganglions.

Par analogie, on pensa que lipomes devaient être également d'origine inflammatoire. La théorie inflammatoire des lipomes était née. Défendue par Delbet, Poncet et Leriche, elle fit de nombreux adeptes et c'est la seule aujourd'hui qui soit souvent admise.

Mais il convient de faire une distinction entre les lipomes et les amas adipeux qui se développent au cours des inflammations des viscères. Ainsi que le dit Brault, dans le traité d'histologie pathologique de Cornil et Ranvier : « Tout amas adipeux n'est pas un lipome. On doit réserver ce nom pour des masses circonscrites de tissu adipeux ayant jusqu'à un certain point une vitalité indépendante du reste de l'organisme. Celle-ci est démontrée par ce fait, qu'un individu porteur d'un lipome, et qui maigrit, ne voit point sa tumeur diminuer de volume, tandis qu'il n'en est pas de même des autres producteurs de tissu graisseux. »

Cependant Delbet soutient qu'histologiquement rien ne permet de différencier les lipomes des formations lipomateuses inflammatoires,

Quoiqu'il en soit, nous allons voir que la théorie inflammatoire des lipomes a été fréquemment soutenue.

Dans leur travail sur les lipomes ostéopériostiques, Schwartz et Chévrier admettent l'existence d'ostéomyélites larvées, d'infections nodulaires à l'origine de l'affection. Leriche, en 1906, présente à la Société des Sciences médico-légales de Lyon un lipome développé autour de la basilique thrombosée. Kornmann, dans une étude sur les lipomes retro-rectaux, dit avoir trouvé le long des vaisseaux des trainées de lymphocytes indiquant un certain travail inflammatoire. Poncet et Leriche, dans leur travail sur la tuberculose inflammatoire, défendent également la théorie de l'infection. Tous ces auteurs admettent l'opinion de Schwartz et Chévrier : « Toutes les inflammations aseptiques et les inflammations par infection très atténuée, banale ou spécifique, semblent pouvoir se terminer par une agglomération lipomateuse. »

Mais, comme le fait remarquer Quénu, toutes ces théories expliquent l'amas lipomateux et non le vrai lipome avec sa capsule. Nous partageons cette manière de voir.

La nature inflammatoire nous paraît indéniable pour les lipomes arborescents, comme nous le verrons tout à l'heure en étudiant l'anatomie pathologique. Nous ne saurions l'admettre pour les lipomes circonscrits, où l'histologie ne montre jamais de lésions inflammatoires.

Quelles sont les inflammations susceptibles de créer des lipomes arborescents ? Nous voyons que Kummer (*obs. 13*), et Paneritius (*obs. 15*), invoquent une inflammation banale non spécifique. Dans le cas de Tirchow (*obs. 14*), c'est le rhumatisme qui est en cause. L'observation de Finzi (*obs. 23*), semble assez démonstrative de l'origine syphilitique. Pour Cassanello (*obs. 18*), Michailow (*obs. 19*), Lambret (*obs. 20*), Giacomelli (*obs. 21*), la tuberculose est en cause. C'est aussi l'opinion de Chastenot de Géry et Machefer (*obs. 22*), dont le malade présentait des lésions de tuberculose pulmonaire. Quant à la malade de Sendler (*obs. 11*), elle mourut de tuberculose trois mois après l'opération ; celle de Willy Meyer avait des adénites cervicales et présentait des traces d'adénites anciennes.

Cependant, dans aucun des cas, la preuve nette de la nature spécifique de l'inflammation n'a été faite. D'ailleurs, elle ne l'a presque jamais été, quelque soit le siège du lipome. Toutefois, Schmolch aurait vu des granulations envahir un lipome arborescent du genou ; Steinberg et Kouzinie, ont aussi rapporté des cas semblables. Ce sont là des exceptions. En règle générale on n'a trouvé, ni tubercules, ni bacilles de Koch, ni aucun autre microbe dans les lipomes arborescents. La présence de cellules géantes n'est pas non plus une preuve de tuberculose puisque, comme Lefèvre et Dubourg l'ont établi dans leur travail sur le lipome arborescent du genou, on peut en trouver dans toutes les inflammations chroniques.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes autorisés à conclure que le lipome arborescent est d'origine inflammatoire spécifique ou banale. Et nous sommes obligés d'admettre que cette affection n'est plus une tumeur, mais une lésion inflammatoire. Suivant l'expression de Stieda, c'est une hypertrophie de tissu préexistant.

A côté de cette forme persiste le lipome tumeur, d'origine indéterminée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lipomes des gaines tendineuses se présentent sous deux aspects macroscopiques différents, ainsi que nous l'avons déjà vu : d'une part des tumeurs encapsulées régulières ; d'autre part des tumeurs irrégulières, végétantes, ramifiées.

Histologiquement elles sont également différentes.

1. - Lipomes circonscrits. — Ils présentent ici les caractères habituels des lipomes. Généralement peu volumineux, uniques ; ils sont de couleur jaunâtre. Au point de vue microscopique, ils sont constitués par des amas de cellules fixes, ayant subi l'évolution adipeuse et groupées en lobules dont l'orientation se règle suivant des axes conjonctivo-vasculaires exubérants et anormalement distribués. On peut y trouver des filets nerveux.

On n'y décèle pas de phénomènes inflammatoires.

2. - Lipomes arborescents. — Ce sont des tumeurs jaune-rougeâtre, irrégulières, fréquemment bilatérales et symétriques, parfois multiples. Elles sont lobulées et présentent des végétations renflées en massues ; plus ou moins adhérentes à la gaine tendineuse. Microscopiquement on trouve des cellules adipeuses, une trame de tissu conjonctif très vasculaire ; par places, les vaisseaux sont entourés de manchons cellulaires formés de lymphocytes. Parfois il existe des cellules géantes.

On n'a jamais trouvé de microbes, ni de formations tuberculeuses.

Ces deux variétés sont donc nettement différenciées l'une de l'autre et constituent deux affections distinctes.

SYMPTOMATOLOGIE

Si nous examinons à ce point de vue particulier, les observations de lipomes des gaines tendineuses, nous voyons que nombreuses sont les erreurs de diagnostic. Ces tumeurs ne possèdent pas en effet une symptomatologie bien typique et une partie des signes se retrouvent dans d'autres affections.

Ce sont des tumeurs qui se développent lentement, insidieusement. Rarement elles s'accompagnent de symptômes subjectifs. C'est la présence de la tuméfaction qui attire l'attention du malade sans que son apparition ait été précédée de douleurs. Cependant dans les cas rapportés par Robert, Kurz, Hœckel, il existait des douleurs nettes. Elles peuvent apparaître soit au début de l'affection, soit au bout d'un certain temps d'évolution.

Par contre, presque tous les malades accusent une gêne fonctionnelle plus ou moins marquée. Insignifiante au début, elle augmente, comme la tumeur, très lentement et ce n'est qu'au bout de quelques années qu'elle est vraiment caractéristique. Chez les uns, c'est une simple difficulté pour travailler; chez d'autres, elle est assez intense pour empêcher tout travail. Il s'agit là d'un phénomène mécanique dû à la présence même de la tumeur; mais peut-être faut-il aussi dans certains cas faire entrer en ligne de compte la nature inflammatoire de la tumeur.

A l'examen on constate l'existence d'une tumeur généralement peu volumineuse: comme une noix, comme un œuf de poule. A son niveau la peau ne présente aucune altération; elle est mobile sur la tumeur.

Quand on palpe ces tumeurs on constate qu'il est assez difficile d'en préciser nettement les limites, bien qu'on ne puisse pas leur

appliquer le terme de tumeurs diffuses. Leur consistance est variable et cela tient à leur nature. Les lipomes circonscrits ont en général une consistance uniformément ferme, élastique. Au contraire les lipomes arborescents offrent une molesse particulière et dans des cas très nombreux on constate une fluctuation indéniable. Trélat était tellement sûr de la netteté de la fluctuation qu'il avait constatée que malgré une ponction négative, il persistait dans son diagnostic de tumeur liquide. De plus il est fréquent que la palpation donne l'impression de l'existence de grains riziformes. On conçoit combien ces deux signes importants contribuent à vicier le diagnostic.

La forme de la tumeur est excessivement variable. Si dans bien des cas elle n'offre aucun caractère particulier, dans d'autres elle épouse au contraire la forme de la gaine qui lui a donné naissance et s'allonge suivant la direction du tendon.

Ces tumeurs assez peu mobiles à la palpation, le sont au contraire quelquefois lors des mouvements des tendons sur lesquels elles ont pris des attaches. Les mouvements peuvent alors modifier le volume, la forme et la consistance de la tumeur, comme il nous a été donné de le constater dans le cas que nous avons observé. Il faut signaler également que les mouvements déterminent parfois l'apparition de froissements.

Nous avons signalé plus haut la gêne fonctionnelle déterminée par la présence de la tumeur. Le fonctionnement des doigts est possible mais diminué. L'amplitude des mouvements est moins grande que normalement et le malade ne peut les exécuter avec la même force que par le passé.

Comme on le voit, la symptomatologie des lipomes des gaines tendineuses est assez polymorphe et les signes que l'on trouve ne suffisent pas en général, pour porter un diagnostic absolument certain.

ÉVOLUTION - PRONOSTIC

La caractéristique dominante des lipomes des gaines tendineuses est la lenteur de leur évolution. Ce n'est, bien souvent, qu'au bout de nombreuses années que la tumeur finit par acquérir un volume suffisant pour décider le malade à se soigner. Il semble toutefois que dans les cas de lipomes arborescents l'évolution soit plus rapide et que la tumeur atteigne plus vite un volume assez considérable.

Quoiqu'il en soit il faut considérer les lipomes des gaines tendineuses comme des affections bénignes. Même, lorsqu'elles sont d'origine inflammatoire, leur réaction est tellement atténuée qu'elles restent toujours une affection localisée. Dans aucun cas elles n'ont déterminé de complications. Jamais elles n'ont récidivé.

Leur pronostic est donc tout à fait bénin.

DIAGNOSTIC

Il n'existe que quatre cas dans lesquels le diagnostic de lipome ait été porté avant l'intervention ; dans deux autres il a été seulement envisagé. Pour les autres malades ou bien il n'a pas été fait de diagnostic, ou celui qui a été porté était erroné. Nous voyons porter tour à tour le diagnostic d'hygroma, de Kyste synovial, de synovite, de synovite à grains riziformes et même d'encéphaloïde ramolli.

La symptomatologie nous explique facilement ces erreurs. Mais il existe pour nous une cause primordiale : la rareté des lipomes des gaines tendineuses, qui fait qu'on ne pense pas à cette affection.

Comme nous le constatons en étudiant la symptomatologie, il n'existe pas de signes caractéristiques des lipomes. Dans certains cas les signes constatés ne permettent pas facilement de penser à une autre affection. Mais lorsqu'on trouve de la fluctuation ou qu'on a la sensation de grains riziformes, il paraît bien difficile de ne pas se romper. Peut-être pourrait-on recourir à la ponction. Mais qu'il s'agisse de lipome, de Kyste ou de synovite à grains riziformes, l'opération est le traitement de choix. La ponction a donc peu d'utilité.

Nous pensons que le diagnostic est presque toujours hérissé de nombreuses difficultés. Mais il faut toujours y penser en face d'une affection des gaines tendineuses. Et non seulement il faut essayer de faire le diagnostic de lipome, mais il faudrait encore spécifier la nature. L'opération a été appliquée à tous les cas ; cependant Finzi a fait disparaître un lipome arborescent par un traitement antisiphilitique. Ce cas montre l'intérêt qui s'attache à un diagnostic précis puisque de lui découle le traitement.

TRAITEMENT

Dans tous les cas observés le traitement a été chirurgical et a consisté dans l'extirpation de la tumeur.

L'extirpation est en général facile. Les lipomes circonscrits présentent peu d'adhérences. Les lipomes arborescents au contraire sont parfois si intimement unis aux tendons et aux gaines que l'opération est plus délicate. La dissection doit être faite avec grand soin pour ne pas léser les tendons. Du côté de la gaine les adhérences sont plus intimes et il faut sacrifier une partie de celle-ci si l'on veut enlever toute la tumeur et éviter les récidives. C'est la conduite préconisée par Thévenot.

L'opération correctement faite est bénigne. On obtient une guérison per primam. Parfois il persiste pendant quelques jours un peu de gêne dans le fonctionnement des tendons, puis tout revient à l'état normal.

Un cas nous a frappé dans nos observations ; c'est celui de Finzi. Son malade porteur de lipomes symétriques est opéré d'un seul côté. Puis un traitement antisypilitique fait disparaître la tumeur du côté opposé.

Ce fait mérite d'être retenu ; et chaque fois qu'on sera en droit de soupçonner la nature sypilitique de l'affection il faudra tenter un traitement spécifique avant de recourir à l'intervention.

Peut-on opposer un traitement identique dans les autres variétés d'inflammations. Nous ne possédons pas pour elles des médicaments aussi actifs que ceux qui nous permettent de lutter contre la syphilis et ce serait courir à un échec.

Nous pouvons donc conclure que le traitement sera avant tout chirurgical.

CONCLUSIONS

I. — Les lipomes des gaines tendineuses sont très rares.

Ils se présentent sous deux formes différentes : le lipome circonscrit qui est une véritable tumeur — le lipome arborescent d'origine inflammatoire chronique, spécifique ou non, généralement bilatéral.

II. — Les lipomes des gaines tendineuses ont une symptomatologie variable. Ils n'ont aucun signe caractéristique et peuvent simuler d'autres affections. Les erreurs sont très fréquentes et difficilement évitables.

III. — Le traitement de choix est le traitement chirurgical et consiste dans l'extirpation du lipome.

Cependant, si l'on soupçonne la nature syphilitique, on peut essayer le traitement spécifique qui a donné une guérison dans le seul cas où il ait été employé.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
G. CHAVANNAZ.

Vu :
Le Doyen :
Dr C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 24 Décembre 1921.
Le Recteur de l'Université,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BALL et THEVENOT. — Étude comparée chez l'homme et les animaux des lésions tuberculeuses des articulations des gaines tendineuses et des bourses séreuses.
- BOLOGNESI. — Étude sur les tumeurs solides des gaines synoviales du poignet. *Thèse de Paris* 1882.
- BOUJU. — Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. *Thèse de Paris* 1892.
- CASSANELLO. — Sur la pathogénie des lipomes arborescents des gaines tendineuses. *Clinique moderne de Pise*. 1900 vol 6.
- CHASTENET DE GÉRY et MACHEFER. — Lipome arborescent symétrique des gaines des extenseurs des doigts. *Gazette médicale de Nantes*. Tome XXVIII. N° 17.
- CORNIL et RANVIER. — Traité d'histologie pathologique.
- CREMIEUX. — La lipomatose multiple symétrique. *Thèse de Montpellier* 1904-05.
- DELAGE et MASSABUAU. — Les lipomes du sein. *Revue de Chirurgie* 1904.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- DURANT. — Les fibromes, lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts. *Thèse de Bordeaux* 1892.
- FINZI. — Sur un cas très rare de synovie papillaire considéré comme forme initiale du lipome arborescent des gaines tendineuses. *Il Policlinico, sezione chirurgica*. Tome XIX.
- FOLLIN. — Société de Biologie 1882.
- GIACOMELLI. — Contribution à l'étude de la pathologie des gaines tendineuses. *Clinique moderne de Pise* 1903. Tome IX.

- GROSC. — Étude sur les lipomes. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Bd 26. 1887.
- HAUMANN. — Thèse de Bonn 1887.
- HÖCKEL. — Lipome arborescent des gaines tendineuses. *Centralblatt für Chirurgie*. Bd 15. 1888.
- KORNMAN. — Étude sur les lipomes rétro-rectaux. *Livre jubilaire du Professeur Kichensky*. Odessa 1910.
- KUMMER. — Le lipome arborescent des gaines tendineuses. *Revue médicale de la Suisse romane*. 1894.
- KURZ. — Lipome arborescent des gaines tendineuses. *Centralblatt für Chirurgie*. Bd 15. 1888.
- LAMBRET. — Lipome arborescent de la gaine synoviale de l'extenseur commun des doigts. *Bulletin de la Société centrale de Médecine du Nord*. Lille 1902.
- LAUNOIS et BENSAUDE. — Société médicale des hôpitaux. 1^{er} avril 1898. 21 juin 1901.
- LEFÈVRE et DUBOURG. — Le lipome arborescent du genou. *Archives générales de chirurgie*.
- LERICHE. — *Lyon médical*. 29 avril 1906.
- LETULLE et NATHAN LARRIER. — Précis d'anatomie pathologique.
- W. MEYER. — Lipome arborescent des gaines des tendons extenseurs de l'avant-bras. *Annales of Surgery* 1897, page 623.
- MICHAÏLOV. — *Russky Archiv*, fasc. 2, 1901.
- ODOUL. — Le lipome du doigt. *Thèse de Lille*. 1902-03.
- PANCRITIUS. — Sur les lipomes symétriques, multiples des gaines tendineuses. *Thèse de Marburg*, 1897.
- DE PEZZER. — Contribution à l'étude des tumeurs solides des gaines synoviales. *Thèse de Paris*. 1880.
- PONCET. — *Gazette des Hôpitaux*. N° 22. 22 février 1911.
- PONCET et LERICHE. — *Gazette des Hôpitaux*. 1912.
- PONCET et LERICHE. — La tuberculose inflammatoire.
- POULET. — Mémoire sur les lipomes acquis de la main et des doigts. *Revue de Chirurgie*. 1886.
- QUIENNEC. — Lipomes multiples symétriques. *Thèse de Paris* 1902-03.
- RANKE. — *Archiv für Klinische Chirurgie*. Bd. XX. 1876.
- ROUSSEL. — Le lipome d'origine tuberculeuse. *Thèse de Lyon* 1906-07.

- ROUVRAY. — Contribution à l'étude du lipome de la région et de la glande mammaire. *Thèse de Bordeaux* 1912.
- SCHMOLCH. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Bd XXIV.
- SCHWARTZ et CHEVRIER. — Étude sur les lipomes ostéo-périostiques. *Revue de Chirurgie*. 1906.
- SENDER. — *Centralblut für Chirurgie*. 1891.
- SPRENGEL. — Lipomes symétriques multiples des gaines tendineuses. *Centralblatt für Chirurgie*. Bd. XV. 1888.
- STIEDA. — *Beitrage für Klinische Chirurgie*. Bd XVI. 1896.
- THEVENOT. — Tuberculose des articulations, des gaines synoviales et des bourses séreuses.
- TIRCHOW. — Lipomes arborescents des gaines tendineuses. *Chir. Laitop. Moscou* 1895. Vol. 5.
- TRELAT. — *Gazette des Hôpitaux*. 1868. page 213.
- TWYNAM. — *British Medical Journal* 1889.

Observations qu'il ne nous a pas été possible de nous procurer.

- FOSSIER. — Observation de lipome symétrique des gaines tendineuses. *Bulletin de la Société Médicale de Reims* 1895.
- BOGOLYUBOFF. — Lipome arborescent des gaines tendineuses. *Med. Obzr.* 1910.
- MUKHADZE. — Lipome arborescent des gaines tendineuses. *Trudi Protok Imp. Kavkazsk Med Obsh. Tiflis* 1911.

